

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet, à 9 heures

PAR

ALEXANDRE POURTIER

Né à Blot-l'Église (Puy-de-Dôme), le 10 Janvier 1873

DU PROLAPSUS

DE LA

MUQUEUSE DE L'URÈTHRE

CHEZ LA FEMME

Président : M. P. BERGER, Professeur.

Juges : MM. { *MONOD, professeur.*
 { *WALTHER, agrégé.*
 { *POIRIER, —*

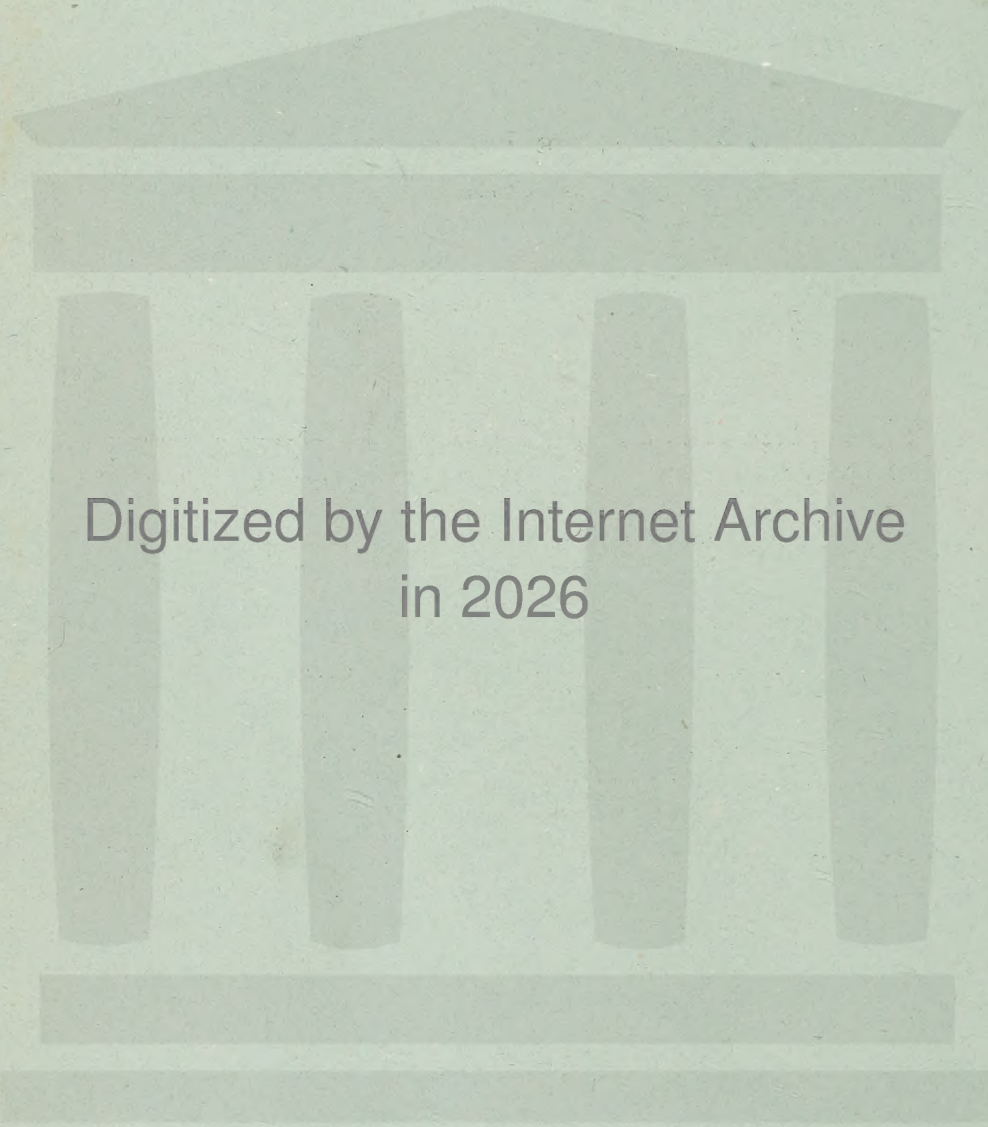
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554011_0031

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

515

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet, à 9 heures

PAR

ALEXANDRE POURTIER

Né à Blot-l'Église (Puy-de-Dôme), le 10 Janvier 1873

~~~~~  
DU PROLAPSUS

DE LA

MUQUEUSE DE L'URÈTHRE

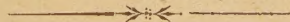
CHEZ LA FEMME

---

*Président : M. P. BERGER, Professeur.*

*Juges : MM.* { *MONOD, professeur.*  
                  { *WALTER, agrégé.*  
                  { *POIRIER, —*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical*



PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

—  
1896

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                           |               |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                   | BROUARDEL     |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                              | MM.           |
| Anatomie . . . . .                                                        | FARABEUF      |
| Physiologie . . . . .                                                     | CH. RICHET    |
| Physique médicale . . . . .                                               | GARIEL        |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                              | GAUTIER       |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                     | N.            |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                           | BOUCHARD      |
| Pathologie médicale . . . . .                                             | { DIEULAFOY   |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                         | { DEROVE      |
| Anatomie pathologique . . . . .                                           | LANNELONGUE   |
| Histologie. . . . .                                                       | CORNIL        |
| Opérations et appareils . . . . .                                         | MATHIAS DUVAL |
| Pharmacologie . . . . .                                                   | TERRIER       |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .                                | POUCHET       |
| Hygiène. . . . .                                                          | LANDOUZY      |
| Médecine légale . . . . .                                                 | PROUST        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                       | BROUARDEL     |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                             | LABOULBÈNE    |
| Clinique médicale . . . . .                                               | { S'RAUS      |
|                                                                           | { SEE (G.)    |
|                                                                           | { POTAIN      |
|                                                                           | { JACCOUD     |
|                                                                           | { HAYEM       |
| Maladies des enfants . . . . .                                            | GRANCHER      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies<br>de l'encéphale. . . . . | JOFFROY       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .                 | FOURNIER      |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                         | RAYMOND       |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                            | { TILLAX      |
|                                                                           | { BERGER      |
|                                                                           | { DUPLAY      |
|                                                                           | { LE DENTU    |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                       | GUYON         |
| Clinique ophthalmologique . . . . .                                       | PANAS         |
| Clinique d'accouchement . . . . .                                         | { TARNIER     |
|                                                                           | { PINARD      |

## Professeurs honoraires :

MM. N..., PAJOT

## Agrégés en exercice :

| MM.                   | MM.               | MM.      |
|-----------------------|-------------------|----------|
| ACHARD                | GLEYS             | RÉMY     |
| ALBARRAN              | HARTMANN          | RICARD   |
| ANDR                  | HEIM              | ROGER    |
| BAR                   | LEJARS            | SEBILEAU |
| BONNAIRE              | LETULLE           | THIERRY  |
| BROCA                 | MARFAN            | THOINOT  |
| CHANTEMESSE           | MARIE             | TUFFIER  |
| CHARRIN               | MENETRIER         | VARNIER  |
| CHASSEVANT            | NELATON           | WALTHER  |
| DELBET                | NETTER            | WEISS    |
| GAUCHER               | POIRIER, chef des | WIDAL    |
| GILBERT               | trav. anatomiques | WURTZ    |
| GILLES DE LA TOURETTE | RETTIERER         |          |

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR POURTIER

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

## AVANT-PROPOS

*Avant de commencer l'étude du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme, il est un devoir auquel nous ne voudrions ni ne saurions nous soustraire.*

*Nous adressons donc ici nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux pour l'enseignement que nous avons reçu auprès d'eux et pour tous les efforts et la peine qu'ils ont pris à nous enseigner l'art de la médecine.*

*Nous prions également M. le docteur Monod de vouloir bien agréer nos remerciements pour les bons conseils qu'il nous a prodigués et pour l'observation qu'il a bien voulu nous permettre d'emprunter à son service.*

*Nous ne saurions également oublier notre ami M. Chabry, interne du service de M. le docteur Monod et nous lui adressons tous nos remerciements pour la peine qu'il s'est donnée à nous gui-*

*der dans ce travail, ainsi qu'à M. Blanc interne des hôpitaux.*

*Merci également à M. le docteur Macaigne, chef de laboratoire du service de M. le docteur Monod à l'hôpital Saint-Antoine pour l'étude histologique qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.*

*Que tous nos anciens professeurs de l'École de Médecine de Clermont-Ferrand, et en particulier, M. le docteur Bousquet, directeur de cette école, veuillent bien agréer l'expression de notre reconnaissance eux à qui est incombée la lourde tâche de nous diriger dans nos premières années d'études médicales.*

*Nous adressons enfin, nos remerciements les plus sincères à M. le professeur Berger qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.*

## **Prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme.**

Parmi les affections chirurgicales qui atteignent les organes genito-urinaires de la femme, il en est une, qui sans être d'une grande fréquence, a cependant été observée un certain nombre de fois. Cette affection, c'est le prolapsus de la muqueuse de l'urèthre. La plupart des traités classiques de pathologie externe n'en font pas mention. Les ouvrages de Schroeder, Martin, Guyon, Desnos, etc., sont muets à cet égard. Dans le traité de chirurgie nous ne trouvons aucune description se rapportant à cette affection et c'est à peine si Pozzi, à propos des prolapsus génitaux en dit quelques mots, ainsi que MM. Ricard et Bousquet dans leur traité de Pathologie externe.

Seul peut-être parmi les traités classiques de pathologie externe, M. le Professeur Duplay consacre à cette intéressante affection un chapitre.

Si nous parcourons les travaux qui ont été publiés au sujet de ce prolapsus, nous voyons que la première question qu'il y ait lieu de se poser, est la suivante : « Peut-il exister un prolapsus de la muqueuse de l'urèthre chez la femme ? » En effet, l'existence même de ce prolapsus a été mise en doute par un certain nombre d'auteurs. Ces auteurs, se basant pour la nier, sur la disposition anatomique de la région, prétendent que l'adhérence de la muqueuse uréthrale à la couche musculaire sous-jacente, ne peut permettre ce déplacement. Pour ces mêmes auteurs, les cas observés sous le nom de prolapsus de la muqueuse seraient causés par des tumeurs hypertrophiques qui par leur volume et leur déplacement auraient entraîné la muqueuse. Le premier argument, ne peut tenir devant les faits, et il est d'autant plus facile à réfuter qu'il repose uniquement sur une erreur anatomique. Si nous consultons les ouvrages de Sappey, de M. le Professeur Tillaux, nous voyons que tous nient cette adhérence de la muqueuse aux couches sous-jacentes. Nous lisons en effet dans Sappey : « La muqueuse uréthrale n'adhère à la musculieuse que par un tissu cellulaire très lâche, en sorte qu'elle se plisse et se déplisse avec la même facilité que la muqueuse vésicale. »

De même, nous trouvons dans le livre de M. le

Professeur Tillaux, une confirmation de la possibilité du prolapsus de la muqueuse : « Les deux tuniques de l'urèthre sont séparées l'une de l'autre par une couche assez lâche de tissu conjonctif, de telle sorte que la muqueuse glisse assez facilement sur la musculieuse; il peut même en résulter, surtout chez les petites filles, un prolapsus de la muqueuse par le méat urinaire, ainsi que l'a observé P. Guersant.

Quant à la seconde hypothèse, subordonnant le prolapsus de la muqueuse uréthrale, à la préexistence d'une tumeur, la connaissance, tant des observations que nous ont laissées Seguin, Tavignot, Colombat, etc., que des examens pratiqués *post mortem*, par Morgagni qui nous en a laissé la relation, nous permet d'en contester la valeur. Cependant, bien que l'existence de cette affection ne puisse plus être mise en doute, il faut bien admettre que certaines tumeurs du canal de l'urèthre produisent consécutivement à leur apparition un prolapsus de la muqueuse, capable d'en imposer pour un prolapsus simple, et il appartient au chirurgien de connaître le point de départ de ces deux cas pathologiques, différents et par leur origine et par un certain nombre de symptômes.



## HISTORIQUE

Bien qu'il s'agisse d'une affection relativement rare, l'historique du prolapsus de la muqueuse uréthrale, chez la femme, remonte à une époque assez ancienne. Il faut en effet se reporter à l'année 1751, date à laquelle Morgagni cite dans ses lettres trois cas de prolapsus. Dans les deux premiers, la nécropsie put être pratiquée, les malades étant mortes d'affections intercurrentes. Dans le troisième cas, Morgagni constata sur la paroi inférieure de l'urèthre; la muqueuse interne renversée sous l'influence d'un léger tiraillement et tombant en dehors du canal.

Seguin, en 1820, publie une observation portant sur la : « Chute de la membrane de l'urèthre faisant saillie en dehors du méat urinaire ». Dans ce cas, il était question d'une tumeur du volume d'une noisette, qui fut reconnue être entièrement poussée par la muqueuse à travers le méat urinaire, et au centre

de laquelle se voyait un enfoncement qui était l'ouverture du canal de l'urèthre. Cette tumeur, opérée par la ligature sur une sonde de femme introduite dans le canal, guérit au bout de huit jours.

Plus tard, Boyer déclare à son tour que la membrane de l'urèthre est susceptible de renversement, surtout lorsqu'un calcul a été pendant quelque temps engagé dans le canal, et il cite à ce propos une observation de Sernin chez une jeune fille de onze ans. La tumeur, traitée par l'excision, guérit rapidement.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1841, nous trouvons une observation publiée par Guersant. Cette observation se rapporte à une chute de la muqueuse uréthrale, chez une petite fille de huit ans. Cette enfant, quelques jours après avoir été opérée, étant morte de tuberculose pulmonaire, l'autopsie put être pratiquée et fut publiée par le même auteur.

En 1842, Tavignot, dans un mémoire basé sur les observations de Morgagni, Sernin, et sur trois observations recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades, au nombre desquelles celle que nous avons déjà mentionnée précédemment, appartenant à Guersant, propose pour cette affection la dénomination de hernie muqueuse uréthro-vulvaire, à cause de la saillie de la tumeur uréthrale qui

occupe une partie ou même la totalité de la vulve.

Colombat cite l'observation d'un cas s'étant produit chez une femme âgée de vingt ans et présentant, en outre, cette particularité intéressante que, chez cette malade, tous les organes de la génération se trouvaient dans un relâchement manifeste et consistant en utérus abaissé, procidence des grandes et petites lèvres, molles et beaucoup plus allongées que de coutume. Voici, du reste, la description que donne cet auteur : « Cette affection, qui est due à une boursouffure de la muqueuse uréthrale, se manifeste par une petite tumeur rougeâtre qui fait une saillie plus ou moins considérable en dehors du méat urinaire et qui se distingue du fungus uréthral par sa forme régulière, sa réductibilité, et surtout par une ouverture centrale qu'on y remarque.

Le bulletin de thérapeutique de l'année 1866, publie un nouvel article de Guersant, où cet auteur, se basant sur une douzaine de cas observés par lui sur des petites filles de 2 à 15 ans, expose les causes, signes et traitement de cette affection.

Citons enfin les noms de Courty, Rizzoli (de Bologne) qui rapportent, eux aussi, quelques cas observés de prolapsus, et les thèses de Garnier-Mouton et Bréchet (1876), qui consacrent quelques lignes à cette maladie.

Signalons également, dans le dictionnaire de Jaccoud, l'article de M. Bouilly sur les tumeurs de l'urèthre, ainsi que l'observation publiée par MM. Morand et Richard dans la *France Médicale* de 1888, d'une fillette de 10 ans atteinte de prolapsus et opérée par eux avec succès. Citons également l'observation de M. le docteur Mengus (du Puy-Notre-Dame), observation que nous rapportons à la fin de cet ouvrage.

Si maintenant nous recherchons les raisons capables d'expliquer le silence de la plupart des gynécologues et chirurgiens de notre époque, à l'égard de cette affection, peut-être pourrions-nous en trouver dans ce fait que nous aurons tout à l'heure à mettre en évidence, que c'est chez la femme âgée ou bien chez l'enfant qu'on rencontre la majorité des cas de prolapsus.

Or, les gynécologues ont peu à se préoccuper des enfants, et leurs traités sont publiés surtout en vue des affections atteignant la femme pendant et après la période génitale. D'autre part, les vieilles femmes en général, ne se préoccupent guère de leur prolapsus et viennent rarement consulter, en raison du peu de gêne qu'il leur cause. Très probablement, un grand nombre de prolapsus, dans cette classe de

malades, échappent à l'observation et n'ont pour cette raison été rapportés nulle part.

Nous voyons donc, et par la lecture des auteurs précédemment cités, et par les statistiques publiées à ce sujet, notamment celles de Kleinwachter, que les cas de prolapsus de l'urèthre, sans être d'observation courante, ne doivent cependant pas être considérés comme des curiosités pathologiques.



## ÉTIOLOGIE

Quelles sont les causes susceptibles de produire le prolapsus de la muqueuse de l'urèthre? On a tour à tour invoqué plusieurs facteurs étiologiques que l'on peut diviser en causes générales et causes locales. Ce sont en premier lieu les efforts, tant ceux produits par les accouchements répétés, chez la femme âgée, que ceux produits par la toux, conséquence des bronchites, de la coqueluche, de la tuberculose pulmonaire. D'autres auteurs ont invoqué, toujours chez les enfants, le lymphatisme, la scrofule, et dans le même ordre d'idées, la faiblesse générale de l'organisme chez les sujets porteurs de cette affection. Pour d'autres encore, la masturbation pratiquée au moyen d'un corps introduit dans le canal de l'urèthre, ou bien un coït anormal par ce même canal, auraient été des causes déterminantes. Enfin, on a vu le prolapsus survenir à la suite d'abcès et de tumeurs du canal, à la suite également

d'inflammations uréthrales ou vésicales. Dans certains cas, le prolapsus a été consécutif à de la dysurie.

Plusieurs fois en outre on a observé en même temps l'affaissement de tous les organes génitaux.

Ainsi, si l'on cherche à résoudre le problème étiologique de l'affection, nous constatons que les opinions les plus diverse, et les causes les plus variables ont été invoquées comme agents producteurs du prolapsus.

Quelle valeur devons-nous accorder à ces facteurs étiologiques tour à tour invoqués et existe-t-il des causes nettement définies du prolapsus de la muqueuse uréthrale ?

En premier lieu, l'influence des efforts provoqués par la toux, citée par Guersant ne peut être mise en doute. L'analyse des observations citées dans l'historique de la question nous montre en effet que plusieurs des malades étaient atteintes d'affections broncho-pulmonaires. Une des malades de Guersant succomba à la tuberculose pulmonaire dans les jours qui suivirent l'ablation de son prolapsus. Il est donc évident, que les maladies des voies respiratoires, de même que la constipation, si fréquentes chez les enfants, tiennent une large place dans l'étiologie.

logie de cette affection, grâce aux efforts qu'ils provoquent sans cesse.

Peut-être aussi, peut-on incriminer dans certains cas une faiblesse générale de l'organisme dont le prolapsus urétral relèverait au même titre que d'autres prolapsus concomittants, et nous pouvons à ce sujet invoquer l'observation de Colombat comme preuve de la valeur de ce facteur étiologique. Tels encore les cas plus récents de Kather où il y avait à la fois prolapsus urétral et prolapsus vaginal, et celui de Sodermarck où le rectum et l'utérus étaient prolapsés en même temps que l'urèthre.

De même, on peut ranger dans cette catégorie de faits les cas dans lesquels les malades étaient nettement entachés de scrofule et de lymphatisme.

De toutes ces observations, il se dégage que le prolapsus est dû très souvent à une prédisposition spéciale créée par l'état de faiblesse générale.

Il semble qu'une importance plus grande doive être accordée aux causes locales. Parmi ces causes, la masturbation au moyen d'un corps introduit par le canal, et dans le même ordre d'idées, le coït anormal par le canal de l'urèthre auraient provoqué l'apparition d'un prolapsus en tirillant la muqueuse du conduit et en provoquant la chute au dehors. C'est

ainsi qu'une petite fille traitée par Tavignot avait été violée par un homme de trente ans.

Certaines dispositions anatomiques telles que forme de la vessie et direction de l'urèthre, d'après Kleinwachter, de même que des tumeurs et des abcès du canal ont été exceptionnellement rapportées dans quelques rares observations.

On a cité la présence d'un calcul dans l'intérieur du canal (Boyer, Scanzoni). Mais c'est là évidemment un fait d'observation exceptionnelle, étant donné la rareté des calculs de l'urèthre chez la femme en raison de la brièveté du canal.

Quant à la dysurie également invoquée comme facteur étiologique, il est plus probable qu'elle est une conséquence de l'obstacle apporté au cours normal de l'urine par la muqueuse prolabée, plutôt que cause de prolapsus. La femme qui fait l'objet d'une de nos observations se plaignait de dysurie et se préoccupait peu de son prolapsus dont l'excision amena immédiatement le rétablissement du cours normal de l'urine.

Mais il est deux causes, qui paraissent pouvoir favoriser la production du prolapsus. Ce sont chez la petite fille les inflammations uréthrales et vésicales, et chez la femme, les grossesses multiples. En effet, les vulvo-vaginites, fréquentes chez les

petites filles, à la suite de rougeole, de scarlatine, et la blennorrhagie consécutive à un viol, se compliquent souvent d'uréthrites qui s'accompagnent d'hyperémie de la muqueuse et d'œdème sous-muqueux, susceptibles de favoriser l'apparition du prolapsus.

En résumé, nous ne possédons sur la connaissance des causes productrices du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre que des données bien incomplètes, et dont la multiplicité même est preuve de notre incertitude à cet égard. Cependant, il faut retenir comme causes prédisposantes, sans connaître d'une façon bien exacte la part de chacune de ces causes, l'état de faiblesse générale, les inflammations uréthro-vésicales, la dysurie, les efforts, auxquels devront s'ajouter chez les femmes âgées, la multiparité et l'involution sénile.

Mais malgré cette diversité des causes du prolapsus uréthral, le résultat est toujours le même et conforme aux données anatomiques que nous possédons sur la région. Dans tous les cas, on constate un détachement de la muqueuse, glissement sur la musculature à laquelle elle n'est unie que par un tissu cellulaire très lâche, et enfin prolapsus.

Il ressort également de l'étude attentive des causes invoquées, que les efforts d'une part, et d'autre

part, l'état de faiblesse générale dominant la production du prolapsus, ce qui, semble-t-il, peut nous permettre de reconnaître deux sortes de prolapsus, les prolapsus de faiblesse et les prolapsus de force.

Nous voyons donc que les opinions les plus diverses, les causes les plus variables ont été tour à tour mises en avant, comme agents producteurs du prolapsus. Autant de cas, autant de causes, pourrait-on dire.

Cependant un fait se dégage de l'analyse des observations, et nous trouvons dans l'étiologie du prolapsus, un fait capital et toujours constant, c'est l'âge auquel s'observe cette affection. C'est en effet dans l'enfance et dans la vieillesse qu'elle a été observée et si quelque fois elle a été rencontrée chez des femmes de 25 à 35 ans, elle est beaucoup plus fréquente à l'âge de 2 à 15 ans et dans la vieillesse.

Dans un travail dont la publication remonte à 1891, Kleinwachter relate une centaine de cas connus et publiés. Sur ces cent cas, l'âge des malades est donné dans 59 observations et il en déduit les proportions suivantes :

33 cas ont été observés chez des enfants de 2 à 15 ans.

7 cas ont été observés chez des femmes de 22 à 37 ans.

13 cas ont été observés chez des femmes de 47 à 75 ans, soit :

Pour les enfants une proportion de 66 p. 100.

Pour la femme adulte proportion de 11 p. 100.

Pour la femme âgée proportion de 22 p. 100.

Ainsi, si sur les autres points l'étiologie de l'affection reste obscure, la question d'âge au contraire se trouve nettement tranchée et ces différents âges, auxquels apparaît le prolapsus, semblent, ainsi que nous l'avons exposé précédemment, être en relation intime avec la division en deux grandes classes de malades porteurs de prolapsus, prolapsus brusques ou de force, prolapsus lent, ou de faiblesse. De même nous retrouverons cette division à l'étude des symptômes.



## SYMPTOMES

La symptomatologie de cette affection doit être divisée en deux parties, se rapportant chacune à une époque différente et plus ou moins éloignée du début. Dans une première, nous étudierons les symptômes par lesquels commence à se manifester le prolapsus. Ces symptômes sont encore peu observés, car ce n'est pas à cette période que les malades se présentent au chirurgien. Ils ne s'observent le plus souvent que chez les femmes âgées. Chez elles, en effet, le prolapsus qui est plutôt un prolapsus de faiblesse, survient d'une façon insidieuse et non brusque comme nous l'observerons chez les enfants.

La seconde partie, sera consacrée à l'étude des symptômes que l'on relève à la période d'état.

1° *Symptômes du debut.* — Le prolapsus reconnaissant chez la femme âgée, comme cause principale, l'involution sénile, se constitue d'une façon

lente et insidieuse; il suit une marche progressive, est d'abord partiel, mais ne tarde pas à devenir total.

Au début, on constate une certaine gêne dans la miction et les malades ne tardent pas à constater la présence d'une petite tumeur au pourtour du méat urinaire. Cette tumeur est formée aux dépens de la muqueuse, soit de la partie antérieure du canal de l'urèthre, soit de la partie postérieure, et son aspect clinique varie selon le volume et selon la partie de muqueuse prolabée. A ce moment, la muqueuse a généralement conservé son aspect normal. Elle n'est pas encore congestionnée et saignante comme nous l'observerons plus tard à une période plus avancée. « On voit le plus souvent, dit Kleinwächter, de petits allongements muqueux latéraux à l'embouchure de l'urèthre, ayant la forme de petites lèvres, reliés en arrière par une commissure, prolabée plus ou moins avec la fente uréthrale médiane ou déjetés sur le côté. »

La muqueuse, partiellement prolabée, très facilement réductible encore, finit par faire complètement saillie au dehors, elle devient moins facilement réductible, pour ensuite arriver à la complète irréductibilité.

Le volume de la tumeur augmente peu à peu en

même temps que l'étendue de muqueuse prolapsée, et elle arrive à la période d'état de son évolution.

*2° Période d'état.* — A la période d'état, dans les deux tiers des cas, le prolapsus finit par devenir total. En effet, sur trente-quatre cas où cela est noté, on relève vingt-quatre cas de prolapsus total. Les signes que l'on observe alors, sont communs aux prolapsus survenant chez les enfants et chez les femmes âgées, que ces prolapsus soient dus à une laxité particulière des organes génito-urinaires, ou au contraire qu'ils reconnaissent pour cause les efforts répétés occasionnés par la toux, la constipation, etc.

Quoi qu'il en soit du mode de production, voici ce que l'on constate à l'examen des malades. En écartant les grandes et les petites lèvres, on constate au niveau du méat urinaire une tumeur vasculaire, de coloration rouge, de consistance charnue, de forme allongée, cylindrique, plus volumineuse à son extrémité libre. Son volume et sa longueur sont variables depuis la grosseur d'un grain de chenevis, jusqu'à celle d'un œuf de pigeon et même plus encore, et occupant parfois une grande partie de la vulve.

Au début, la coloration qui ne présentait pas de

différence notable avec la coloration normale de la muqueuse uréthrale, ne tarde pas à passer du rouge vif au rouge sombre. Souvent même, elle prend une teinte violacée presque noirâtre, présentant, par places des plaques grisâtres ayant l'aspect de véritables plaques sphacéliques. Cette tumeur est lisse, ulcérée, elle saigne au moindre attouchement. Il se produit alors un suintement sanguin qui peut devenir assez abondant pour tacher le linge des malades et en imposer pour un suintement d'origine utérine. Dans une des observations que nous citons plus loin, la malade saignait en urinant. Ce phénomène qui pourrait faire croire à l'existence d'hématuries peut facilement s'expliquer par les frottements subis par la muqueuse prolabée au contact de l'urine.

La tumeur augmente de volume sous l'influence d'un effort ou de la miction. Dans ce dernier cas, alors que tout besoin a cessé, l'écoulement d'urine continue pendant quelques instants encore.

La tumeur, lorsqu'elle est assez volumineuse occupe le vagin et le vulve. D'autres fois, c'est à peine si elle fait hernie entre les grandes lèvres. Dans tous les cas, elle est nettement située au dessous du clitoris et sur la ligne médiane.

Au premier examen, la masse formée par la tumeur paraît sessile, mais un examen attentif,

pratiqué à l'aide d'un stylet, au moyen duquel on circonscrit sa base d'implantation permet de reconnaître qu'elle est nettement pédiculée. Le pédicule est généralement large, situé en arrière et au-dessous du clitoris et au dessus du vagin qui dans la majorité des cas est intact et ne présente rien d'anormal.

Quant à l'orifice de l'urèthre, il n'est situé en aucun point sur le pourtour de la tumeur, mais au contraire, en examinant attentivement son centre, on constate une petite dépression souvent difficile à apercevoir et que du reste on parvient toujours à déceler en faisant uriner les malades. Au fond de cette dépression se trouve un petit orifice arrondi par lequel une sonde introduite permet d'arriver facilement jusque dans la vessie. C'est là un signe pathognomonique et que nous ne retrouverons dans aucune des tumeurs de l'urèthre.

Si l'on tente de réduire la tumeur, il arrive parfois que l'on y réussisse, mais d'une façon générale, le prolapsus est très difficilement réductible, et même complètement irréductible, surtout si son apparition remonte à une époque assez éloignée pour qu'il ait pu se produire des phénomènes assez intenses d'hyperémie et d'œdème sous-muqueux pouvant parfois aller jusqu'à produire de l'étranglement et de la gangrène consécutive.

Tel est l'aspect sous lequel se présente le plus souvent le prolapsus de la muqueuse uréthrale. Le pédicule de la tumeur est situé à l'extérieur du canal, mais il peut se faire ainsi que l'a signalé Kleinwachter à propos de l'observation qui fait l'objet de son travail que le pédicule soit intra-canaliculaire, ce qui crée comme nous le verrons plus tard des complications assez sérieuses au point de vue de l'intervention.

Les signes fonctionnels provoqués par cette affection, consistent en troubles de nature et d'intensité variables suivant les différents malades que l'on observe. Quelquefois, surtout chez les enfants, au moment où le prolapsus s'est produit, les malades ont accusé une sensation de déplacement brusque au niveau de l'urèthre, et c'est dans les jours suivants que sont apparus les troubles fonctionnels. Les plus constants parmi ces troubles fonctionnels sont les douleurs et les hémorrhagies.

La douleur qui peut revêtir tous les caractères d'intensité, depuis la simple démangeaison, jusqu'à une sensation de cuisson des plus pénibles, paraît consécutive à l'apparition des ulcérations de la tumeur ou des érosions produites par le contact et le frottement des vêtements. Le moindre attouchement la réveille, elle peut devenir assez violente pour apporter une gêne considérable à la marche et pro-

duire un certain degré de claudication (cas observé par Patron.) De plus, si la tumeur est abandonnée à elle-même, et si les malades n'en prennent pas soin, elle peut provoquer des irritations des parties voisines, très douloureuses. Nous devons ajouter cependant que chez les femmes âgées l'absence de douleur est la règle, et que même chez les enfants il est rare que les phénomènes douloureux acquièrent cette intensité.

Un signe plus constant, c'est l'existence d'hémorrhagies. Ces hémorrhagies présentent des caractères variables, depuis le simple suintement de sang, jusqu'à un écoulement assez abondant qui se répand largement sur les cuisses et sur le linge des malades. On a même pu croire à des hématuries et même à des métrorrhagies.

La dysurie est également signalée dans le plus grand nombre des observations. C'est donc un symptôme assez constant, cependant il n'est pas rare d'observer la miction normale et indolore.

On a même signalé dans un cas des vomissements et différents symptômes ayant pu en imposer pour un étranglement herniaire.

Tels sont les signes et caractères que l'on a pu relever dans le prolapsus urétral. Nous voyons que l'aspect présenté par la tumeur est le même dans

tous les cas, il n'en est pas ainsi pour les symptômes fonctionnels excessivement variables en fréquence et en intensité. Nous voyons en résumé que tout se réduit en la présence à la vulve d'une tumeur présentant anatomiquement les caractères plus ou moins altérés de la muqueuse uréthrale, tumeur saignante, douloureuse, mais rarement avec beaucoup d'intensité et au centre de laquelle se trouve le méat urinaire.

## DIAGNOSTIC

Le prolapsus de la muqueuse uréthrale, s'il présente dans son histoire étiologique et symptomatique beaucoup de points encore obscurs, n'en revêt pas moins encore un grand nombre de caractères cliniques inséparables de cette affection et que l'on observe dans tous les cas. C'est grâce à ces caractères toujours constants que le diagnostic peut en être fait d'une façon relativement facile, si l'on procède à un examen minutieux. Il suffit, dans la plupart des cas, de penser à l'existence de cette affection pour reconnaître un prolapsus de la muqueuse de l'urèthre.

Et d'abord, quelles sont les affections, ayant leur siège dans le canal de l'urèthre et susceptibles d'égarer le praticien dans un faux diagnostic. Ce sont d'une manière générale, toutes les tumeurs qui prennent naissance, soit à l'intérieur du canal, soit sur le pourtour de son orifice, et décrites sous le nom

de polypes, fibrômes, papillomes, caroncules, etc.

Une place importante, dans l'histoire du diagnostic, doit être également réservée aux affections connues sous la dénomination de cystocèle uréthrale et uréthrocèle uréthrale.

En premier lieu, il faut citer l'hypertrophie de la muqueuse du méat urinaire. Lorsque cette muqueuse s'hypertrophie, elle fait saillie au dehors, déplaçant ainsi l'orifice qui prend la forme d'un mamelon rouge vif, capable de faire croire à l'existence d'un prolapsus. Mais alors que la muqueuse du prolapsus, au moins à une période peu avancée est unie, au contraire, dans la simple hypertrophie, on voit que la petite tumeur est recouverte d'éminences papilliformes, sessiles ou pédiculées. De plus, il y a absence complète d'écoulement sanguin, spontané ou provoqué.

Les papillomes de l'urèthre, se distingueront par ce fait qu'ils sont le plus souvent multiples, quoique parfois uniques. Ce sont de petites masses généralement pédiculées, de forme polypeuse et constituées par l'hypertrophie d'une pupille. Elles se présentent sous la forme de saillies rougeâtres de volume variable, susceptibles parfois d'atteindre les dimensions d'un œuf de pigeon, granuleuses, friables, très vasculaires. Le point d'implantation se.

trouve généralement au niveau du méat et sur la demi-circonférence inférieure de cet orifice. Autre signe distinctif, ces polypes peuvent produire une rétention complète d'urine, en même temps qu'ils apportent une certaine gêne et même de réelles difficultés au cathétérisme, phénomènes qui ne se produisent pas dans le prolapsus, tout se réduisant alors, même dans les cas graves, à un certain degré de dysurie.

Il sera donc facile, en recherchant leur point d'implantation, de reconnaître qu'il n'occupe qu'une partie du pourtour du canal, et la seule particularité qui pourrait induire en erreur, c'est que ces petites tumeurs, en raison de leur extrême vascularité, saignent facilement et ces hémorrhagies présentent des caractères identiques à l'hémorrhagie du prolapsus.

Il existe aussi des tumeurs vasculaires consistant en un épaississement partiel ou total de la muqueuse, accompagné d'un état variqueux des vaisseaux. Leur siège se trouve en général sur les bords du méat et de préférence sur la paroi inférieure. Ces tumeurs que l'on pourrait confondre avec un prolapsus, ont une couleur qui varie du rouge vif au rouge gris. Elles sont ordinairement sessiles, présentant l'aspect de franges ou de végétations irrégulières, aplaties, bosselées et parcou-

rues par de nombreux sillons. Outre cet aspect qui leur est particulier, ces tumeurs peuvent devenir tendues, renitentes, soit sous l'influence d'un effort, soit encore à l'époque des règles, ce qui leur a valu le nom d'hémorroïdes uréthrales (Hutchinson, Richet) non justifié par ce fait que très souvent elles coïncident avec des bourrelets hémorroïdaux à l'anus.

On trouve aussi, des tumeurs appelées tumeurs folliculeuses. Développées aux dépens des follicules qui abondent à la partie moyenne de la muqueuse uréthrale, elles siègent également à la paroi inférieure du canal.

Toutes ces tumeurs sont donc constituées par des néoformations développées aux dépens des éléments constitutifs de la muqueuse. Elles forment une saillie plus ou moins considérable dont la hernie à travers le méat peut obstruer cet orifice. Elles sont susceptibles d'être déplacées ou refoulées. De plus un instrument explorateur peut les contourner et grâce à ce moyen on arrive à circonscrire leur base d'implantation qui se trouve en un point de la muqueuse du canal de l'urèthre, ce qui n'a pas lieu pour le prolapsus. Quant à leurs symptômes fonctionnels, s'ils présentent des points communs avec ceux observés dans le prolapsus, nous avons d'autre part constaté qu'ils en dif-

fèrent par des points essentiels. Le caractère distinctif le plus important, outre la disposition anatomique, consiste en ce que dans l'affection que nous étudions, le méat urinaire se trouve au centre de la tumeur, tandis que dans les autres tumeurs que nous venons de signaler, le point d'implantation, étant situé au pourtour du méat, l'orifice du canal se trouve au contraire sur les bords.

Comme signes communs à ces différentes affections, nous citerons les hémorrhagies que l'on observe dans les polypes de l'urèthre, la douleur, la gêne qui peut être apportée à la marche et à la présence d'une tumeur à la vulve. Enfin, signe tiré de l'âge auquel s'observent ces différents cas, tandis que le prolapsus s'observe généralement aux âges extrêmes de la vie, les autres tumeurs au contraire, sont l'apanage des âges de vingt à trente ans.

Nous ne citerons que pour mémoire la possibilité d'une tumeur née dans l'urèthre, capable de faire croire à l'existence d'un prolapsus partiel à pédicule intra-canaliculaire. De même la confusion possible avec des kystes uréthraux, ou avec le cancer de l'urèthre, comme il est arrivé à Reichelt et Benicke; on reconnaîtra ces cancers à leur marche envahissante succédant aux troubles insidieux du début, à la miction sanguinolante parfois et très doulou-

reuse. Ils revêtent en outre les caractères d'une tumeur dure, ligneuse, diffuse, reposant sur une muqueuse indurée. De plus l'adénopathie est constante.

Il est encore deux affections qui doivent fixer notre attention. Ce sont l'uréthrocèle et la cystocèle uréthrales.

La hernie de la vessie à travers le canal de l'urèthre est d'observation très rare. D'après les faits observés par Patron, Malherbe, Pousson (de Bordeaux), cette hernie qui serait formée par le développement d'une des cryptes glandulaires situées au pourtour du col de la vessie, dilatée peu à peu par l'urine y pénétrant arrive à constituer une poche qui repousse d'abord devant elle la paroi de l'urèthre, l'use et finit par sortir à travers le méat urinaire. Cette tumeur forme un diverticule en communication avec la vessie et contenant de l'urine.

D'autres fois la vessie s'invagine sur elle-même et vient faire issue à travers le méat.

Quoiqu'il en soit du mode de production, il est toujours facile de différencier ces deux affections par les signes suivants : La tumeur est libre dans le canal, et elle ne présente ni en son centre, ni ailleurs, aucun orifice donnant issue à un écoulement d'urine. De

plus, lorsqu'on tente la réduction, on obtient toujours le but cherché.

En outre l'examen histologique permet de reconnaître les caractères de la muqueuse vésicale.

Quant à l'uréthrocèle, dont il n'existe également que quelques cas dans les annales de la chirurgie, c'est une tumeur formée par une poche, renittente ou fluctuante présentant un orifice qui s'ouvre en général dans le tiers moyen du canal. Cette tumeur fait quelquefois saillie à travers ce méat. La pression ou le cathétérisme font sourdre à travers le méat de l'urine purulente.

L'uréthrocèle diffère du prolapsus par l'origine qui est due à un kyste glandulaire suppuré ouvert dans l'urèthre ou à un hématome ayant subi la même évolution. Elle en diffère également par ses symptômes fonctionnels qui consistent en incontinence d'urine ou miction fréquentes et douloureuses. Mais le signe capital sur lequel devra reposer le diagnostic, c'est comme dans les autres tumeurs, l'absence d'un orifice central donnant issue pendant la miction volontaire à une urine normale.



## MARCHE-COMPLICATIONS

S'il reste abandonné à lui-même, le prolapsus de la muqueuse uréthrale subit certaines modifications dans son volume et son aspect primitifs.

Sous l'influence des efforts de la toux, de la miction et de la défécation, la tumeur augmente de volume. Primitivement des dimensions d'un pois, elle peut acquérir celles d'un œuf de pigeon et même d'un œuf de poule. Par suite, la muqueuse qui, dans le principe, était facilement réductible, devient de plus en plus difficile à réduire jusqu'au moment où toute réduction devient même impossible. Alors, surviennent des changements d'aspect et les symptômes s'aggravent.

La tumeur qui au début était unie, de coloration rouge vif, ne tarde pas à devenir rouge sombre et prend même une teinte violette. Plus tard, par le fait de l'œdème sous-muqueux dont la cause tient surtout aux phénomènes d'étranglement qui sur-

viennent alors, la tumeur qui était restée presque indolore, devient douloureuse, et à sa surface apparaissent des excoriations saignantes et dès lors, le moindre contact suffit pour déterminer un écoulement sanguin parfois très abondant. La cause qui produit ces désordres, continuant à agir, il survient par place des plaques grisâtres d'apparence gangréneuse. De plus, à cette période et en raison même de la situation de la tumeur en une région exposée au contact des germes venant de l'extérieur et de ceux qui existent dans les organes voisins (vulvo-vaginite, métrite, urétrite, etc.), ces ulcérations sont susceptibles de s'infecter et la suppuration vient compliquer la marche de l'affection. A ce moment, le prolapsus offre l'aspect d'une masse de consistance mollassse d'où s'écoule en abondance un pus fétide, apportant une nouvelle cause de gêne aux malades, à laquelle vient se joindre l'inflammation des parties voisines, ce qui aggrave dans une certaine mesure le pronostic de la maladie.

L'évolution que nous venons de décrire s'observe dans le plus grand nombre de cas. Néanmoins on a pu constater la transformation de la muqueuse prolabée en une couche cornée, comme le fait a été constaté pour la muqueuse du vagin dans les prolapsus utérins.

La tumeur peut même arriver à la gangrène, ainsi que le rapportent Morgagni, Séguin, Patron et Reichelt, chacun dans une observation personnelle.

En somme, nous voyons que le pronostic que comporte cette affection, revêt un caractère bénin. C'est plutôt une affection ennuyeuse, pénible même pour les malades, mais ne faisant courir aucun danger à leur existence.

Cependant elle peut, comme nous venons de le voir, créer de nombreux inconvénients. Les hémorrhagies que l'on a vues acquérir une certaine intensité, la possibilité de la suppuration et même de la gangrène sont des causes d'affaiblissement pour des malades ne jouissant, le plus souvent, pas d'une santé générale bien florissante.

Ces considérations auxquelles viennent encore s'ajouter les indications tirées de la douleur de la gêne fonctionnelle apportée au coït, à la marche, à la miction, indiquent clairement qu'il s'agit d'une affection dont il importe de débarrasser les malades et qui commande un traitement énergique.



## TRAITEMENT

Plusieurs moyens ont été tentés pour obtenir la cure du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre. Ces divers traitement peuvent se diviser en traitement médical et traitement chirurgical. Quel que soit celui auquel on s'arrêtera, il faudra toujours s'efforcer de modifier l'état général du malade par des médicaments susceptibles de faire disparaître quelques-unes des causes ayant produit le prolapsus.

Le traitement médical qu'il sera bon dans certains cas d'essayer, avant d'avoir recours à une opération, consiste dans l'emploi d'agents thérapeutiques capables par leur action de diminuer l'état congestif de la muqueuse et de produire ainsi une notable amélioration du volume de la tumeur. Ces agents sont les caustiques et les astringents.

Quant aux moyens chirurgicaux, beaucoup plus fidèles et plus rapides, ils comprennent l'ablation de

la tumeur sous toutes ses formes. Cette opération sera simple dans la majorité des cas, mais parfois, comme dans l'observation de Kleinwachter, où il s'agissait d'un prolapsus partiel, dont le pédicule était intra-canaliculaire, l'excision doit être précédée d'une opération sur le canal de l'urèthre, permettant d'aller atteindre la partie de muqueuse prolabée.

Il y a des degrés différents dans les prolapsus que l'on peut observer. Tous ne présentent pas les mêmes caractères : certains dont l'apparition remonte à une date récente sont de petit volume, et facilement réductibles.

D'autres au contraire, de date plus ancienne ont un volume considérable, sont irréductibles et de plus présentent les complications étudiées précédemment. Il est évident que ces différents degrés de prolapsus ne sont pas justiciables des mêmes moyens curatifs. Aux uns, on devra appliquer de préférence le traitement médical, tandis que pour les autres, il faudra de suite avoir recours au traitement chirurgical.

Il faudra donc avant de commencer tout traitement, reconnaître les caractères de la tumeur. Celle-ci se présente à l'examen sous deux états :

1° La réduction est possible.

2° Le prolapsus est irréductible.

Dans le premier cas, la tumeur est généralement de petit volume et son apparition remonte à une date récente. Une simple pression suffit alors à faire revenir la muqueuse uréthrale à sa place normale, mais sous l'influence du moindre effort, la tumeur réparaît de nouveau. C'est à cette période d'évolution de l'affection que les agents médicaux donneront les meilleurs résultats.

Si donc la muqueuse prolapsée est réductible, il faudra, après en avoir pratiqué la réduction, s'efforcer de maintenir cette dernière et à cet effet un pansement compressif, ainsi que l'a pratiqué Solingen dans un cas heureux, appliqué pendant quelques jours après la réduction, joint au repos le plus absolu, pourra amener la réduction. Ce traitement doit s'appliquer de préférence aux cas où l'on est en présence d'un prolapsus de force, l'urèthre étant sain, et à plus forte raison si le prolapsus est partiel.

Comme le plus souvent, le prolapsus coïncide avec des lésions de la vessie ou du canal de l'urèthre et des organes génitaux, telles que catarrhes chroniques, calculs, uréthrites, vulvo-vaginites qui ont semblé dans quelques cas en être les causes déterminantes, le praticien devra s'efforcer de traiter ces lésions afin de supprimer ainsi, ou tout au moins

d'atténuer dans une certaine mesure, la cause de l'affection.

Ce traitement a quelquefois donné de bons résultats, mais le plus souvent il a échoué et on a été en dernier lieu obligé d'avoir recours au traitement chirurgical.

Lorsque la tumeur est irréductible, les injections astringentes ont donné de bons résultats dans quelques cas. Ces injections devront être combinées aux ablutions froides.

Vidal (de Cassis) a obtenu un cas de guérison par la méthode d'exsiccation. Cette méthode consiste à appliquer une poudre desséchante (sulfate de cuivre et poudre de sabine à parties égales) sur la tumeur. Ce procédé a l'avantage d'empêcher le développement de la tumeur, mais il ne semble pas cependant que l'on puisse compter sur lui pour procurer la guérison définitive.

De même les caustiques ont été recommandés. Parmi ces derniers, c'est au nitrate d'argent qu'il faut donner la préférence. On fera une cautérisation du canal de l'urèthre tous les deux ou trois jours. Sous l'influence de ce traitement on voit la tumeur diminuer de volume, mais il est bien rare de la voir tout à fait disparaître. Dans tous les cas, l'antiseptie de la

vulve et du vagin devra être pratiquée de la façon la plus rigoureuse.

Ainsi, ces différents traitement peuvent amener la guérison de prolapsus d'un faible volume.

Ils sont même susceptibles d'amener une diminution de volume dans les cas où la tumeur avait atteint d'assez fortes dimensions. Cependant dans ces derniers cas ce traitement est infidèle. Il a en outre l'inconvénient de fatiguer les malades par sa durée. Aussi, étant donnée l'absence de danger que fait courir l'opération aux malades, vaut-il mieux recourir à l'ablation. C'est le moyen le plus radical, le plus fidèle et le plus rapide pour délivrer les malades de leur affection.

Trois méthodes sont à la disposition du chirurgien pour pratiquer l'ablation de la tumeur.

Ce sont :

- 1° La ligature ;
- 2° L'ablation au moyen du thermo-cautère ou de l'anse galvanique ;
- 3° L'excision au bistouri.

Des deux premières méthodes nous ne dirons que quelques mots, car elles ne semblent pas être les procédés de choix. La ligature qui a donné de bons résultats à Séguin, Boyer, Guersant, a été plus récemment employée avec succès par MM. Morand

et Richard dont nous rapportons l'observation. Il est certain que la ligature était le seul procédé rationnel, à l'époque où la chirurgie ne bénéficiait pas encore des bienfaits de la méthode antiseptique. Elle permettait en effet, d'éviter l'infection et la suppuration qui n'auraient pu manquer de se déclarer sur une plaie située à l'origine du méat urinaire, occasionnant ainsi de graves accidents, tout en favorisant une cicatrisation vicieuse. Mais aujourd'hui que, grâce à l'antiseptie, ces dangers ne sont plus à craindre, ce procédé doit être complètement rejeté.

Quant aux hémorrhagies consécutives à l'excision au bistouri : elles ne sont pas à redouter, ainsi que nous le montrent les différentes observations où la tumeur fut enlevée au bistouri. C'est encore une des causes pour lesquelles la ligature devra être abandonnée.

Cette ligature se pratique de la façon suivante : Une sonde est introduite dans le canal. On passe autour de la muqueuse un fil dont la ligature produit la section de la muqueuse sur le catheter.

Quant à l'ablation par le thermo-cautère, elle a été pratiquée un certain nombre de fois. Son principal avantage serait de mettre également à l'abri des hémorrhagies. Mais nous venons de montrer que

cette crainte de voir se produire un grand écoulement de sang est illusoire.

Pour Kleinwachter, de même, ainsi que nous le verrons dans les observations que nous rapportons, pour MM. les Docteurs Monod et Broca, le procédé de choix est l'excision au bistouri.

L'opération peut se faire directement, mais il est préférable d'opérer sur un catheter conducteur. Le point important est de résequer toute la muqueuse prolabée, afin d'éviter d'en enlever une trop grande portion, ce qui pourrait causer une cicatrisation vicieuse avec rétrécissement consécutif du méat. Ces tractions sur la muqueuse, outre ce premier inconvénient, présentent encore le danger de produire un thrombus, ainsi que cela est arrivé deux fois à Emmet. Une fois la muqueuse excisée, il faut prendre grand soin de ne pas laisser libre le bout supérieur, qui grâce au facile glissement de la muqueuse présente des tendances à remonter vers la vessie. Cet écueil sera évité en plaçant autour de l'incision des pinces destinées à retenir la muqueuse incisée.

Dans les jours qui précèdent l'opération, l'antiseptie du vagin, de la vulve et de l'urèthre sera faite avec la plus grande rigueur.

Avant de pratiquer l'incision, on introduit une sonde dans la vessie par l'orifice médian. Sur cette

sonde on pratique une incision circonscrivant la tumeur, à l'union de la muqueuse péri-urétrale du vagin et de la muqueuse de l'urèthre. Des pinces sont placées comme repère sur la muqueuse du vagin. On pratique ensuite une seconde incision sur la muqueuse exstrophée à son union avec la muqueuse saine du canal de l'urèthre. Sur cette muqueuse du canal, et pour empêcher son ascension vers le col de la vessie, on place de nouvelles pinces. La partie de muqueuse située entre ces deux incisions circulaires est extirpée.

La muqueuse de la vulve est suturée à la muqueuse de l'urèthre et on place une sonde à demeurer qui devra être enlevée vers le troisième ou quatrième jour après l'opération. Par ce procédé, l'écoulement de sang est insignifiant et s'arrête spontanément dès qu'on a mis les sutures. Quant à la cicatrisation elle est des plus rapides, très régulière, et les auteurs que nous citons n'ont jamais observé ni affrontement vicieux, ni sténose consécutive, contrairement au reproche qui a été fait à ce mode opératoire.

Il peut arriver également que l'on ait à opérer un prolapsus partiel avec pédicule intra-canaliculaire.

Dans ce cas, Courty conseille de la broyer avec des pinces à polypes ou à pansements, et d'en cau-

tériser ensuite légèrement les débris ou le pédicule, en ayant soin de revenir plusieurs fois à cette opération.

Alors même que la tumeur siège à une certaine profondeur, on peut encore l'atteindre à l'aide d'un tout petit cautère rougi à la lampe à alcool, ou mieux encore en se servant d'un petit galvano-cautère. On aura soin de protéger la paroi opposée de l'urèthre à l'aide d'une curette de Récamier. Ce traitement qui est peu douloureux, est très avantageux lorsque les tumeurs n'ont pas atteint un grand développement.

Voici, comment, dans un de ces cas, procéda Kleinwachter. Sur le côté droit de l'urèthre, il pratiqua une incision de deux centimètres et demi. A un centimètre en arrière et sur le côté gauche du méat, ayant rencontré le pédicule allongé du prolapsus, il opéra des tractions sur la muqueuse et la résequa au ras de la paroi. Il réunit, par des sutures, d'une part, les deux lèvres muqueuses, et d'autre part la plaie extérieure. Une sonde à demeure placée dans l'urèthre put être enlevée au troisième jour.



## OBSERVATION I

### *Anomalie du canal de l'urèthre observée chez une petite fille de huit ans*

Sous ce titre, M. le Docteur Mengus (du Puy-Notre-Dame) publie dans la *Semaine médicale* l'observation ci-dessous, dans laquelle il s'agit évidemment d'un prolapsus de la muqueuse de l'urèthre.

Il y a quelques semaines, on amena à notre consultation la petite P..., forte fillette de huit ans, et sa mère nous raconta ce qui suit : « Ma petite fille, dont la santé a toujours été bonne, perdait il y a six mois tous les jours quelques gouttes de sang qui tachaient le devant de sa chemise. Au commencement, je crus que c'étaient des règles précoces qui produisaient ces pertes, mais après quelques jours d'attente et quoique l'enfant ne se plaignît de rien, j'allai consulter un médecin au sujet de cet écoulement de sang. »

Le docteur A..., après avoir examiné la petite fille, déclara que cette dernière était atteinte d'un prolapsus de la matrice, et il découvrit en outre sur le col prolabé un petit polype qui saignait facilement.

Assisté d'un confrère, le docteur A... enleva le petit polype et tout écoulement cessa aussitôt.

Il essaya alors de replacer la matrice, ce qu'il put faire facilement. Mais cette matrice si facile à replacer retombait toujours. L'enfant dut garder le lit pendant deux mois, sans que par ce repos forcé on pût obtenir la reposition de l'utérus. On parla alors d'un pessaire fabriqué exprès pour ce cas extraordinaire. C'est à ce moment que l'enfant nous fut amenée.

La petite fille debout, les cuisses rapprochées, ne présentait rien d'anormal, mais dès qu'on séparait légèrement les grandes lèvres, on pouvait voir à l'entrée du vagin dont il dépassait l'orifice un corps cylindrique d'un rouge pâle et percé d'un trou à son centre, le tout assez semblable au col de la matrice d'une petite fille.

Au toucher, ce soi-disant col utérin était d'une mollesse extrême, et quand on essayait de le réduire on y arrivait sans effort, seulement cette malheureuse matrice replacée retombait toujours, alors que l'enfant même couchée sur le dos n'avait fait aucun effort apparent.

La mollesse singulière de ce col, sa chute si facile, l'impossibilité absolue de trouver l'orifice du canal de l'urèthre, tout cela nous donna à réfléchir, et nous déclarâmes à la mère que nous irions voir l'enfant le lendemain, muni d'instruments spéciaux pour procéder à un examen plus approfondi.

En attendant, la mère devait voir quand l'enfant urinerait si ce n'était pas par le soi-disant col que sortait le jet d'urine.

Le soir même la mère put se rendre compte que l'urine sortait par le col incriminé.

Aussi dès notre arrivée le lendemain, nous n'hésitâmes pas à introduire dans l'orifice décrit plus haut une petite

sonde qui pénétra avec la plus grande facilité dans la vessie et nous donna un beau jet d'urine.

Grâce à un petit speculum de notre invention, nous pûmes nous rendre compte que la paroi antérieure du vagin n'existait pas, du moins dans son tiers inférieur, et que le canal de l'urèthre parfaitement libre sur une longueur d'environ trois centimètres, se repliait facilement au moindre effort que l'on faisait pour le repousser derrière le pubis. En arrière le vagin se continuait normalement, mais il était si étroit que nous ne pûmes arriver presque sur le véritable col de la matrice sans occasionner une vive douleur. Nous n'insistâmes pas.

Il nous suffisait de connaître la nature de la malformation, et cette dernière nous paraît si rare que dans les recueils scientifiques, il sera peut-être difficile de retrouver un cas semblable.

*(Semaine médicale, 1885).*

## OBSERVATION II

*Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille. —*

*Opération. — Par les docteurs Morand et Richard de  
de Pithivier (France Médicale 1888).*

En avril 1888, nous fûmes appelés par les nommés R... pour examiner leur petite fille âgée de 10 ans et chez laquelle ils venaient de constater une tumeur aux parties génitales.

Nous en fîmes l'examen. Une tumeur de couleur rouge vif, framboisé, de consistance molle, saignant au moindre contact, longue de 4 centimètres, faisait saillie entre les petites lèvres. Elle rappelait par sa forme le col de l'utérus. Son extrémité inférieure présentait un orifice, une fente plutôt. L'introduction d'une sonde étant très douloureuse, nous demandons à l'enfant si elle urinait par sa tumeur. Sur sa réponse affirmative, nous la prions de le faire, elle complète elle-même le diagnostic.

Nous avons affaire à ce que les auteurs appellent tumeurs hypertrophiques de la muqueuse uréthrale, à ce que M. Gailard Thomas dans son traité des maladies des femmes nomme prolapsus de l'urèthre avec prolifération du tissu conjonctif de la muqueuse.

Le méat était complètement entouré, ce n'était ni une caroncule irritable, ni un polype, ni un angiome veineux. Nous n'avons pu savoir à quelle époque remontait l'apparition de cette tumeur. L'enfant, depuis quelque temps, éprouvait de la difficulté et de la douleur dans la miction. Elle ressentait de vives cuissons, perdait du sang au moindre tiraillement. Elle avait un peu de leucorrhée. Enfin elle urinait sur ses talons.

L'opération est acceptée séance tenante par les parents. Comme cette tumeur saignait facilement, nous avons recours au procédé suivant. L'enfant n'est pas anesthésié. Après l'introduction facile mais douloureuse d'une sonde de petit calibre destinée à rester en place et à guider notre aiguille courbe, la tumeur est attirée en bas à l'aide d'une pince à griffe et traversée à la base par un fil de soie double. Nous faisons deux ligatures très serrées, comprenant chacune une moitié de l'urèthre. Au bout de peu de jours la chute de la partie mortifiée eut lieu et l'enfant fut guérie rapidement sans rétrécissement du méat.

### OBSERVATION III

*Observation recueillie dans le service de M. le docteur Broca,  
par M. Blanc, interne du service*

Berthe Th. âgée de 6 ans, entre à l'hôpital Trousseau dans la salle Giraldès le 9 novembre 1894.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Un seul point mérite d'être noté ; c'est l'existence d'une vulvite légère avec urétrite probable, en voie de guérison, mais paraissant avoir été nettement caractérisée, autant qu'on en peut juger par les renseignements donnés par la mère.

La connaissance du prolapsus remonte à une huitaine de jours. En faisant la toilette de l'enfant, la mère fut tout étonnée de voir au niveau de la vulve, une tumeur rouge sombre et saignante. Un pharmacien consulté déclara que l'enfant avait été violée. Le diagnostic de viol fut également porté par le médecin de la famille. Un deuxième médecin commis par le parquet reconnaît qu'il ne s'agit nullement d'un viol, et sans se prononcer conseille d'amener la fillette à Paris.

A l'hôpital Trousseau un premier examen rapide est fait à la consultation, mais l'enfant se débat plus par appréhension qu'à cause de la douleur. Nous devons lui donner quelques gouttes de bromure d'éthyle et voici ce que nous con-

statons : une tumeur grosse comme une noix, remplit la vulve. De couleur rouge sombre, presque noirâtre, avec ça et là de véritables plaques grisâtres de teinte sphacélique. Elle paraît sessile, mais en y regardant de plus près, il est facile de voir qu'elle est pédiculée. Si l'on cherche à faire le tour de la tumeur, on s'aperçoit que son pédicule large est situé en arrière et au-dessous du clitoris, au-dessus du vagin qui d'ailleurs est intact et normal. En aucun point sur le pourtour de la tumeur on ne trouve l'orifice de l'urèthre. A peu près à son centre existe une dépression arrondie qui n'est autre que le méat et par lequel une sonde introduite pénètre jusque dans la vessie.

Cette tumeur saigne facilement au moindre contact pendant l'exploration ; la vulve et la face interne des cuisses sont tachés de sang, elle n'est que très peu réductible. Les parents interrogés nous apprennent que la fillette n'accusait que peu de douleurs.

La miction se fait normalement, sans douleur, sans difficulté par l'orifice situé au centre de la tumeur.

Le diagnostic porté est prolapsus de la muqueuse uréthrale. Le traitement institué fut le suivant : antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin ; cautérisation tous les trois jours au nitrate d'argent. Sous l'influence de ce traitement, on voit peu à peu la tumeur diminuer de volume et arriver à n'être pas plus forte qu'une noisette. Mais dès ce moment, et malgré les cautérisations, aucune amélioration ne s'étant produite, M. Broca se décide à l'excision.

27 décembre. Opération. Chloroforme. Malade dans la position de la taille périnéale. Excision circulaire au bistouri, de la muqueuse prolabée qui saigne à peine : on place des pinces sur le bout supérieur, et après ablation de la masse prolabée on suture à la soie. Cinq fils suffisent. Réu-

nion parfaite, sans sonde à demeure et guérison au dixième jour.

Le fragment de muqueuse enlevé a été examiné par M. Joly, interne des hôpitaux. A la périphérie de la coupe se voit un revêtement formé par un épithélium stratifié analogue à celui de la muqueuse du méat et qui paraît normal. La masse même est formée par un tissu conjonctif fibrillaire au milieu duquel se trouve un petit nombre de cellules conjonctives, mais qui, vers l'extrémité libre du fragment est infiltré de cellules rondes assez nombreuses, sans prédominance autour des vaisseaux. Au milieu de ce tissu conjonctif se trouvent encore de nombreux capillaires à parois embryonnaires. En quelques points, les vaisseaux ont la structure de fines artérioles. Ces vaisseaux, sur les coupes, prennent parfois des apparences contournées ; dilatés sur certains points, ils rappellent un peu le tissu angiomateux.

#### OBSERVATION IV

*Observation prise dans le service de M. le docteur Broca,  
par M. Blanc, interne du service.*

Ed. Eugénie, âgée de sept ans entre à l'hôpital Trousseau le 24 novembre 1894, dans la salle Giraldès.

Née de parents bien portants et dont les antécédents ne présentent rien à relever, elle n'a elle-même à son actif que des bronchites répétées.

Quatre jours auparavant, la mère en la nettoyant s'aperçoit que l'enfant porte au niveau de la vulve une tumeur qui saigne facilement et tache largement la chemise. C'est surtout l'hémorrhagie qui effraie la mère, et elle se présente à la consultation pour faire examiner sa fille qui, dit-elle, perd comme une femme.

L'examen assez facile, l'enfant ne paraissant pas souffrir, permet de constater les mêmes symptômes que nous avons rapportés dans l'observation précédente. La tumeur est un peu plus petite, de la grosseur d'une noisette, saillante entre le clitoris et le vagin, avec cela même aspect rouge sombre et sur certains points marbrée de plaques grisâtres ulcérées. Le moindre contact provoque un suintement sanguin qui plus d'une fois a été assez abondant pour simuler une véritable perte.

Un autre détail donné par la mère prêtait à confusion ; la fillette saignait en urinant, phénomène simulant une hématurie et s'expliquant facilement par les frottements de la muqueuse prolabée au moment de la miction. Celle-ci était d'ailleurs complètement indolore et normale.

En un mot, symptomatologie absolument calquée sur le tableau présenté par la petite Berthe Th. Le même diagnostic fut porté et le même traitement fut institué.

Les résultats de l'examen histologique et de l'opéraiton ont été identiques à ceux que nous avons rapportés dans notre précédente observation.

OBSERVATION V

*Observation recueillie dans le service de M. le Docteur  
et due à l'obligeance de M. Chabry, interne du service*

La malade, âgée de 59 ans, lingère, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Cruveilhér, le 2 mai 1896.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, de même que ses antécédents personnels. Cette femme, en effet, n'accuse aucune maladie antérieure. Elle a été réglée à quinze ans, et toujours bien depuis. Elle a eu deux enfants, actuellement bien portants et ses couches n'ont été suivie d'aucun accident.

Cette femme a cessé d'être réglée il y a huit ans.

A ce moment, elle a eu des pertes qui, après une durée de un mois, ont cessé pendant trois mois, pendant lesquels la malade n'a plus rien vu.

La dernière perte accusée par la malade s'est produite un mois avant son entrée à l'hôpital, et se composait d'eau et de sang.

Elle entre à l'hôpital parce qu'elle se plaint de douleurs en urinant depuis un mois environ.

A l'examen, on constate, faisant saillie à la vulve, une tumeur ulcérée, rouge violacée, du volume d'un œuf de pigeon, et ayant la forme d'un polype dont on arrive facilement à circonscrire le pédicule. Cette tumeur est reconnue pour être

formée par la muqueuse uréthrale prolabée. Au centre, et cachée par les replis de la muqueuse congestionnée, apparaît une dépression par laquelle on introduit une sonde qui pénètre facilement jusque dans la vessie. Cette tumeur est irréductible, et la malade déclare ne pas s'être aperçue de sa présence. Donc rien de bien précis au sujet de la date de son apparition. Cependant, il semble que l'on en puisse faire remonter l'origine aux quelques jours ayant précédé l'apparition des douleurs de la miction.

Le toucher utérin ne dénote rien de saillant. L'utérus est mobile, mais dur. De plus l'examen au speculum, montre un col anémié et effacé. L'hystéromètre pénètre difficilement.

Tous ces signes font naître quelques soupçons d'épithélium auquel se rapporterait la perte d'eau et de sang accusée par la malade un mois auparavant.

L'opération du prolapsus est pratiquée le 2 juin par M. le Docteur Monod, et de la façon suivante.

La malade est endormie au chloroforme. Après l'antisepsie rigoureuse de la vulve et du vagin, par l'orifice médian que l'on remarque sur la tumeur, une sonde est introduite jusque dans la vessie. Sur cette sonde, on pratique une incision toute autour de la tumeur, à l'union de la muqueuse péri-urétrale du vagin et de la muqueuse urétrale, origine de la tumeur. Des pinces sont placées comme repère, sur la muqueuse vaginale saine. Une seconde incision est pratiquée au niveau de la muqueuse, exstrophée à son union avec la muqueuse saine du canal de l'urèthre.

Des pinces sont mises aussi sur cette muqueuse du canal. Ablation de la portion de muqueuse située entre ces deux incisions circulaires. La plaie ne saigne pas.

La muqueuse urétrale est suturée, par des points au catgut, à la muqueuse de la vulve.

On place une sonde à demeure. Cette sonde est fixée en haut et en bas, par deux points de suture ne pénétrant pas dans la lumière de la sonde. Cette sonde permet de mettre un pansement.

Trois jours après l'opération, c'est-à-dire le 5 juin, on retire la sonde et la malade peut uriner seule et sans douleurs. La plaie est en excellent état.

Enfin, le 11 juin, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

L'examen histologique, pratiqué par M. le Docteur Macaigne, chef de laboratoire du service de M. le Docteur Monod, a donné les résultats suivants :

Le prolapsus de la muqueuse examiné en plusieurs points donne pour tous les mêmes résultats.

La coupe présente deux parties distinctes.

1<sup>o</sup> Un revêtement épithélial.

2<sup>o</sup> Une zone de tissu conjonctif vasculaire.

La couche profonde est constituée de tissu conjonctif lamellaire plus ou moins épais, parsemé de vaisseaux capillaires généralement dilatés.

Il existe de plus une altération importante, c'est l'existence de foyers d'hémorragies. Ceux-ci sont de dimensions variables, atteignant le volume d'un grain de blé. Ils sont arrondis et d'âge variable. Les uns sont véritablement des hémorragies interstitielles, à contours diffus mais à forme arrondie. D'autres plus avancés en âge, sont entourés de lamelles fibreuses concentriques, si bien qu'au premier abord, ils ressemblent à des veines énormément dilatées. Le caillot est parsemé de tractus fibrineux irréguliers. Et dans les plus anciens, il y a commencement d'organisation du caillot, coïncidant avec son enkhystement fibreux.

Ces nodules hemorrhagiques arrivent ainsi près de la surface qu'ils soulèvent.

En arrivant près du revêtement épithélial, le tissu conjonctif devient, plus fibreux en lames parallèles, plus épaisses et denses, et là existe pour ainsi dire une bordure de vaisseaux capillaires dilatés, séparés de l'épithélium par une ou deux lames fibreuses.

Dans tout ce tissu conjonctif, il existe des cellules embryonnaires en assez grand nombre, mais sans agglomération nodulaire.

Le revêtement épithélial, présente deux points intéressants, la surface et les dépressions. L'épithélium de la surface est constitué par 3, 4, 5 couches de cellules cubiques, polyédriques, s'applatissant vers la surface et se transformant bientôt en une lame d'aspect corné, d'une épaisseur à peu près égale, et prenant vivement l'acide picrique du picrocarmin. Cette lame est parsemée de noyaux minces et allongés et parallèles à la surface.

La couche profonde de ce revêtement épithélial est vaguement papillaire, émettant dans la profondeur, des prolongements peu étendus et arrondis.

Quant aux dépressions du revêtement épithélial, s'enfonçant profondément dans le tissu conjonctif, elles sont coupées en divers sens et donnent un vague aspect glandulaire. Ce sont des dépressions en doigt de gant, peu ramifiées, tapissées de trois ou quatre couches de cellules cubiques, qui deviennent cubiques en arrivant à la surface de la lumière de ces tubes déprimés. En d'autres termes, cette lumière est tapissée d'une rangée bien régulière de cellules cylindriques reposant par leur pointe sur la stratification des cellules cubiques.

En résumé, le revêtement épithélial de l'urèthre a subi au

niveau de ses parties saillantes une transformation en épithélium pavimenteux stratifié aplati, tandis que dans les dépressions il a gardé ses caractères normaux.

D'autre part le chorion et le tissu conjonctif sous-jacents possèdent des vaisseaux dilatés et des hémorragies interstitielles, prenant une forme nodulaire et produisant par leur abondance et leur développement le gonflement et l'état **mamelonné** de cette muqueuse en prolapsus.



## CONCLUSIONS

1°. — En résumé nous voyons que le prolapsus de la muqueuse de l'urèthre sans être d'observation courante n'est pas aussi rare qu'on l'admet généralement.

2°. — Son étiologie assez obscure, est cependant dominée par un fait capital, l'âge des malades. Il est exceptionnel chez la femme adulte, dans l'activité de la période sexuelle et présente son maximum de fréquence chez la petite fille de deux à quinze ans d'une part, et d'autre part chez la femme âgée. On peut encore relever comme facteur étiologique, chez l'enfant, les efforts répétés, dûs à la toux ou à la constipation ; chez la femme âgée, l'involution sénile.

3°. — C'est une affection d'un pronostic peu grave, mais l'intervention chirurgicale est presque toujours nécessitée par la tendance que présentent ces tumeurs à augmenter de volume et par la gêne

et les inconvénients plus ou moins graves qu'elles entraînent pour la marche, le coït, la miction, etc.

4°. — Le diagnostic se fait par la vue. C'est une tumeur faisant pour ainsi dire partie du méat, de sorte qu'il est impossible d'introduire un stylet entre elle et le méat lui-même. En outre, signe pathognomonique, cette tumeur présente un orifice central, à travers lequel un stylet ou une sonde introduits pénètre facilement jusque dans la vessie. On pourra, avec un stylet, dans les autres tumeurs de l'urèthre, circonscrire un pédicule ou la base d'implantation de la tumeur, mais jamais pénétrer à travers un orifice central.

5°. — Le traitement est variable, suivant le degré du prolapsus, suivant qu'il est ou non réductible, suivant enfin l'endroit où siège la séparation de la muqueuse d'avec le tissu conjonctif sous-jacent.

Dans les cas de prolapsus récent, de faible volume et réductible, on pratiquera la réduction et on s'efforcera de la maintenir au moyen d'un pansement compressif et du repos. A ces moyens, on peut ajouter l'emploi des caustiques et des astrigents. Mais ce traitement échouant le plus souvent, il faut recourir à l'ablation.

Le procédé de choix est l'excision pratiquée avec

le bistouri et les ciseaux, suivie de la suture des bords de la muqueuse divisée.

Dans les cas où la séparation de la muqueuse avec le plan sous-jacent est intra-canaliculaire, le cas est plus grave; il faut ouvrir l'urèthre pour faire l'ablation de toute la partie prolabée et suturer les bords de la plaie.

Quant à la ligature du prolapsus, elle est en contradiction avec toutes les règles de la chirurgie antiseptique.



LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PAUL BERGER.

*Vu* : LE DOYEN :

BROUARDEL.

*Vu et permis d'imprimer :*

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.



## BIBLIOGRAPHIE

- Séguin. — *Bibliothèque Médicale*. 1830.
- Boyer. — *Traité des maladies chirurgicales*. 1831.
- Guersant. — *Gazette des Hôpitaux*. 1841.
- Tavignot. — *Examineur médical*. 1842.
- Guersant. — *Bulletin de thérapeutique*. 1866.
- Garnier-Mouton. — *Thèse de Paris*. 1876.
- Piedpremier. — *Thèse de Paris*. 1887.
- Villar. — *France Médicale*. 1888.
- Kleiuwachter. — *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynakologie*. 1891.
- Duplay. — *Archives générales de médecine*. 1880.
- Follin et Duplay. — *Pathologie externe. Tome VII*.
- Blanc. — *Annales des maladies des organes genito-urinaires*. 1895.









---

Imp. G. BAILLY, 96, boulevard Montparnasse, Paris

---



